

Contratista derivado y Vinculado indirecto

Importante: antes de llenar este formulario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Diligencie todos los campos del formulario (numerales 1 al 7).
2. No deje ningún espacio en blanco, si la información solicitada no aplica para su caso, escriba N/A.
3. No olvide anexar TODOS los documentos requeridos que están consignados en el numeral 8.

ACTUALIZACIÓN VINCULACIÓN

CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO

FECHA D D M M A A A A

1. CALIDAD DEL SOLICITANTE

CONTRATISTA DERIVADO VINCULADO INDIRECTO

VINCULADO O RELACIONADO CON: CLIENTE OTRO VINCULADO

NOMBRE:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

ESPECIFICAR LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ CON LA FIDUCIARIA Y/O CLIENTE:

2. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

PRINCIPAL SUCURSAL FILIAL

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I. NIT CARNÉ DIPLOMÁTICO PASAPORTE OTRO _____

NÚMERO ID

PAIS DE NACIMIENTO O CONSTITUCIÓN

SEXO F M

TIPO DE ENTIDAD

MIXTA PÚBLICA PRIVADA

TIPO DE SOCIEDAD

ANÓNIMA SAS LIMITADA EXTRANJERA

ACTIVIDAD ECONÓMICA

OTRA ¿CUAL? _____

CÓDIGO CIU

DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CIUDAD

DEPARTAMENTO

PAÍS

CORREO ELECTRÓNICO

3. DATOS PARA SER DILIGENCIADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL

PRINCIPAL SUPLENTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES COMPLETOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E.

NÚMERO ID

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CIUDAD

DEPARTAMENTO

CARGO

4. SOCIOS / ASOCIADOS / ACCIONISTAS / PERSONAS CONTROLANTES

NOMBRE COMPLETO

TIPO DE ID

NÚMERO ID

% DE PARTICIPACIÓN

5. REFERENCIA FINANCIERA

ENTIDAD

PRODUCTO / CUENTA

NÚMERO DE CUENTA O PRODUCTO

CIUDAD

SUCURSAL

TELÉFONO

CORRIENTE CDT
AHORROS OTRO
¿CUÁL?

9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FIDUPREVISORA S.A.

CERTIFICO QUE HE CUMPLIDO CON TODAS LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL SARLAFT, Y LO CONSIDERO IDÓNEO PARA SU VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD.

RESPONSABLE DE LA IDENTIFICACION DEL VINCULADO

FECHA D D M M A A A A

NOMBRE

CARGO

OBSERVACIONES

FIRMA

OBSERVACIONES

UNIDAD DE VINCULADOS

COMPLETITUD REQUISITOS DOCUMENTALES CONSULTA EN LISTAS VERIFICACIÓN SARLAFT OK SÍ NO

OBSERVACIONES

NOMBRE

CARGO

FECHA D D M M A A A A

FIRMA DEL FUNCIONARIO